3t

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THESE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DES CŒLIOTOMIES

PAR

L'INCISION TRANSVERSALE

CUTANÉO-APONÉVROTIQUE SUS-PUBIENNE

PAR

Le Docteur RENÉ POITRINAL

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne en Chirurgie
de la Maison Départementale de Nanterre

Président : M. LEJARS, *Professeur*

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Médecine opératoire	N.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale	N.
Bactériologie	BEZANCON
Pathologie interne	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Médico-Chirurgicale	CUNEO
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD, ACHARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET André	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LABRE (Henri)	MULON	SCHWARTZ (A)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMARET	LEMIERRE	OMBRÉDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GRÉGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage de profonde reconnaissance

A MES AMIS

A notre premier Maître en l'étude de la Médecine qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la Présidence de notre jury de thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL ST-ANTOINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

ET COMPARÉE

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE

CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

CHIRURGIEN DES ASILES D'ALIÉNÉS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALZER

MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIS

ACCOUCHEUR HONORAIRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROESSEUR MÉRY

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLEMOT

MÉDECIN DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR HARVIER

MÉDECIN DES HOPITAUX

A LA MÉMOIRE

DE MONSIEUR LE DOCTEUR MOSNY

A MES MAITRES DE LA MAISON

DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE Dr REYMOND

MORT POUR LA PATRIE

CHIRURGIEN DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE

A LA MÉMOIRE

DE MONSIEUR LE DOCTEUR R. OPPENHEIM

MÉDECIN DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL SÉNÉCHAL

CHIRURGIEN-ADJOINT DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE

à qui nous adressons nos remerciements particuliers pour la bienveillance qu'il a montrée pour nous faciliter la rédaction de cette thèse.

INTRODUCTION

A notre arrivée dans le service de M. le Docteur Emile Reymond, à la Maison Départementale de Nanterre, nous fûmes très surpris de voir pratiquer régulièrement pour les laparotomies une incision transversale cutanéo-aponévrotique que jusque là nous n'avions jamais vu employer.

Depuis, au cours de notre internat, et sous la direction de M. le Dr Marcel Sénéchal, remplaçant son regretté Maître, mort glorieusement pour la Patrie, nous avons eu l'occasion d'étudier de plus près la technique, les suites opératoires et les résultats de ce procédé.

Les conclusions rapides qui découlaient naturellement des faits et des résultats obtenus nous firent nous étonner que les chirurgiens français ne soient pas des partisans plus ardents de ce mode d'incision.

Certains opérateurs l'emploient, mais à titre exceptionnel, d'autres l'ignorent complètement.

Sous l'initiative de M. le Dr Sénéchal, au contraire, cette incision est devenue la règle dans le service de chirurgie de la Maison de Nanterre et c'est ainsi que nous avons pu y relever 258 observations d'inci-

sion transversale cutanéo-aponévrotique depuis le 3 août 1911, date à laquelle M. le Dr Sénéchal employa ce procédé pour la première fois.

Nous ajouterons que dans nos statistiques nous ne faisons entrer que les cas opérés dans le service de Nanterre. Il nous eut été facile d'y ajouter toutes les observations des malades opérés en ville par M. le Dr Emile Reymond, par M. le Dr Sénéchal ou par ceux de leurs élèves qui ayant pratiqué cette méthode pendant leur internat, continuent à l'employer dans leur clientèle.

Mais nous croyons que 258 observations sont suffisantes pour baser cette étude et convaincre ceux qui les liront.

HISTORIQUE

Le premier principe des incisions transversales dans les laparotomies remonte à Rapin, de Lausanne, qui dans sa communication au Congrès de gynécologie de Genève, en 1896, dit :

« J'ai commencé, il y a deux ans, à inciser non plus sur la ligne médiane, mais en travers, à trois ou quatre centimètres au-dessus de la symphyse, à la limite supérieure des poils. Je dissèque l'aponévrose de la ligne blanche, puis je fais sur la ligne médiane une incision verticale de quatre à huit centimètres, suivant le besoin, à travers les muscles et le péritoine. Depuis deux ans, j'ai déjà opéré sept malades par ce procédé ».

La priorité du procédé doit donc revenir à Rapin et non à Küstner comme on le dit dans certains ouvrages.

Cependant la technique est loin de celle suivie actuellement, car Rapin fait bien une incision curviligne de la peau au-dessus du pubis, mais le second temps de l'opération est le même que dans la laparotomie ombilico-pubienne, c'est-à-dire incision verticale de la ligne blanche. Vers la même époque, M. le

Professeur Hartmann, puis Segond, Pozzi, Dartigues, suivirent une technique analogue, mais la méthode ne se généralisa pas, car cette incision n'avait que le mérite d'être esthétique : elle ne mettait aucunement à l'abri des éventrations ; le simple pannicule cutanéo-adipeux recouvrant la ligne blanche n'étant pas suffisant pour empêcher la distension de celle-ci. De plus, par suite de la séparation de la peau et de l'aponévrose, cette dernière était mal nourrie, d'où production de clapiers entre les deux tissus et fréquence des hématomes.

Vers 1900, le procédé opératoire fut considérablement modifié. L'aponévrose des droits fut incisée transversalement en suivant la ligne d'incision cutanée ; puis décollée des muscles droits. Ensuite les droits étaient séparés et le péritoine incisé verticalement.

En procédant de cette façon, la sangle aponévrotique intacte, solide et bien nourrie, qui reste devant les deux droits, empêche après l'intervention, l'écartement de ceux-ci par suite de la poussée intra-abdominale et du tiraillement des muscles obliques.

A l'étranger, en Allemagne, en Suisse, en Russie, cette méthode se vulgarisa rapidement étant donnés les résultats encourageants.

En France, on s'occupa beaucoup de la question. M. le Professeur Hartmann semble l'avoir employé le premier chez nous.

Puis des travaux furent publiés.

Les premiers en date sont ceux de Dartigues, en

1896, l'article de Pollossen, en 1906, la communication de Chavannaz au XX^e^ congrès de l'Association française de Chirurgie.

Les thèses de Naudet, Rousseau, Latrouche, enfin l'article si documenté de Pol Coryllos.

A l'heure actuelle les classiques français décrivent bien la technique, mais plutôt à titre de documentation et sans insister sur ses nombreux avantages et la conseiller d'une façon ferme.

L'incision transversale n'est employée chez nous que d'une façon tout à fait accessoire, sauf dans certains services de Lyon et de Bordeaux.

En 1911, il n'y avait, en France, que 88 opérations publiées alors qu'il y en avait 2.490 en Allemagne, 137 en Russie, 160 en Angleterre et en Amérique, 50 au Danemark.

C'est pourquoi, étant donnés la simplicité et les avantages de l'incision cutanéo-aponévrotique transversale comme moyen de cœlictomie, nous voudrions la voir suivie plus volontiers par les chirurgiens français et détrôner l'ancienne laparotomie ombilico-pubienne, si dangereuse dans les suites opératoires.

C'est ainsi que nous avons conçu le projet dans notre thèse d'en montrer les avantages et les indications, apportant à l'appui de nos conclusions, une statistique hospitalière vieille de huit ans.

DÉFINITION

De cet aperçu historique il ressort que sous le nom d'incision transversale sus-pubienne on comprend trois procédés qui diffèrent les uns des autres d'une façon si complète qu'il nous semble utile d'en indiquer la classification.

1° Procédé Rappin :

Section de la *peau et du tissu cellulaire sous-cutané seulement* suivant une ligne courbe à concavité supérieure, située à 2 ou 3 centimètres au-dessus du publis, longue de 6 à 8 centimètres et entièrement comprise dans la région couverte de poils. L'incision de l'aponévrose et du péritoine a lieu ensuite sur la ligne blanche reproduisant ainsi le procédé ombilico-sus-pubien.

2° Incision arciforme de Bardenheuer.

La ligne d'incision est plus haute, à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne et à concavité supérieure, pouvant s'étendre d'une épine iliaque à l'autre. La peau et l'aponévrose sont séparées au niveau de cette ligne puis les muscles droits sont sectionnés au niveau de leurs insertions pubiennes.

Ce procédé peut donner beaucoup de jour pour l'extirpation des tumeurs volumineuses mais la réparation de la brèche musculaire très difficile et les éventrations fréquentes ont eu pour conséquence son abandon.

3° Incision transversale sus-publienne de la peau et de l'aponévrose des droits.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont incisés transversalement comme dans le procédé Rapin, *puis l'aponévrose est incisée transversalement* de la même façon que la peau. Au contraire, les *muscles droits sont simplement séparés* et *le péritoine ouvert verticalement.* C'est ce procédé, dont nous allons exposer plus loin la technique et les avantages, qui a toujours été, avec de légères modifications de technique, employé dans le service de chirurgie de la Maison Départementale de Nanterre.

Pour éviter toute confusion, nous croyons que la meilleure appellation à lui donner est celle *d'incision transversale cutanéo-aponévrotique sus-publienne.*

TECHNIQUE

La technique de l'incision transversale cutanéo-aponévrotique sus-pubienne a été décrite d'une façon très détaillée dans l'article de Pol Coryllos. Dans le Traité de gynécologie opératoire du Professeur Hartmann, dans le Précis technique opératoire de l'appareil génital de la femme de Proust.

Aussi n'insisterons-nous que sur les points où, par suite de la longue expérience acquise de ce procédé, des modifications ont pu être apportées à cette technique.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

Les précautions d'asepsie préopératoires ordinaires devront être prises avec les soins les plus minutieux. Il convient, en effet, de se souvenir que l'on intervient sur une région normalement recouverte de poils et par conséquent plus riche en glandes sébacées et qu'il faut dégraisser avec le plus grand soin. Un savonnage méticuleux au savon liquide, facilitant aussi le rasage des poils, enlève à la perfection toute trace de matière grasse la veille de l'inter-

vention et un pansement aseptique y est maintenu en place.

L'application de teinture d'iode du Codex dédoublée, sera suffisante de cette façon à réaliser l'asepsie au moment de l'opération. A Nanterre on a essayé pendant quelque temps le chloroforme iodé sans y trouver d'avantages notables, il a été abandonné.

L'anesthésie sera obtenue à l'aide de l'anesthésique dont le chirurgien a l'habitude de se servir et nous employons presque exclusivement l'éthérisation par l'appareil d'Ombrédanne sans jamais observer de complications pulmonaires.

La malade étant amenée sur la table d'opération la peau badigeonnée d'iode et la région opératoire encadrée de champs stérilisés, on place alors la fourche de l'écarteur de Doyen et la *table est mise immédiatement en position déclive.*

Cette position permet de pratiquer l'incision plus facilement.

INCISION DE LA PEAU ET DE L'APONÉVROSE

On incise alors la peau suivant une ligne courbe à concavité supérieure à 2 ou 3 centimètres au-dessus du pubis dans la région des poils et si possible dans un pli du ventre ce qui, une fois la plaie cicatrisée rend la cicatrice encore plus invisible.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané étant incisés jusqu'à l'aponévrose on attaque alors celle-ci *en*

ayant grand soin de ne pas la décoller du tissu cellulaire.

Pour cela et afin d'éviter toute lésion des muscles sous-jacents, nous conseillons de pratiquer au bistouri deux petites boutonnières aponévrotiques de chaque côté de la ligne blanche et le plus près possible du pubis.

Par les boutonnières ainsi faites on glisse l'extrémité d'une paire de ciseaux mousses et courbes, on décolle ainsi l'aponévrose des droits, les ciseaux retirés et ouverts on sectionne d'un seul coup l'aponévrose sans en séparer les différents feuillets.

Si l'on a plus d'habileté on peut faire, une fois les deux petites boutonnières pratiquées, cette incision au bistouri, le tranchant dirigé en haut.

Toujours est-il que l'incision de l'aponévrose doit être faite au ras de la lèvre inférieure de l'incision cutanée et sur toute l'étendue de celle-ci jusqu'au voisinage des piliers inguinaux. (Ajoutons, en passant, que l'on peut en profiter pour faire une cure de hernie inguinale ou un raccourcissement des ligaments ronds par la méthode dAlexander Adams).

SÉPARATION DES MUSCLES ET DE L'APONÉVROSE

Il faut alors séparer l'aponévrose du plan sous-jacent des muscles droits et notamment libérer les adhérences de la ligne blanche.

Les bords de l'aponévrose et du tablier cutané étant pris par une pince de Kocher sont réclinés en haut,

les adhérences de la ligne blanche sont alors sectionnées soit au bistouri, soit aux ciseaux jusqu'au voisinage de l'ombilic.

La main étant alors garnie d'une compresse, on décolle sur les parties latérales l'aponévrose des muscles droits. Ce décollement est très facile. Il arrive que l'on déchire ainsi 2 ou 3 artérioles qui doivent être pincées immédiatement et liées ou tordues par la suite. Il est bon, surtout, si l'incision a été faite un peu haute et pour avoir plus de jour, de décoller aussi au niveau de la lèvre inférieure de l'incision, l'aponévrose des pyramidaux qui sont souvent beaucoup plus apparents que ne le disent la plupart des auteurs.

INCISION DU PÉRITOINE

L'on se trouve alors sur le plan des muscles droits et pyramidaux qui sont séparés à la sonde canelée suivant la ligne blanche.

Le péritoine est ouvert suivant cette ligne en prenant les précautions d'usage pour éviter la lésion de la vessie ou des anses intestinales.

On place alors la valve de Doyen (s'il s'agit d'une appendicite l'écarteur de Gosset suffit) en la descendant le plus possible.

On garnit les bords latéraux de l'ouverture avec des champs stérilisés. Il faut encore plus spécialement avoir soin de mettre un champ sur la masse intestinale, champ qui a encore l'avantage de protéger et de fixer le tablier cutané relevé sans qu'on ait be-

soin de le fixer à la peau par un point de suture momentané comme le recommandent certains auteurs.

Moyennant quoi l'on obtiendra un champ opératoire très large, donnant une vue très grande sur le pelvis et surtout sur les deux fosses iliaques.

Nous avons toujours été surpris de voir comme la vue pouvait facilement explorer les parties latérales du bassin et comme il était plus aisé de voir et, par conséquent, de libérer les adhérences annexielles.

L'opération se poursuit alors normalement. Une fois terminée, la valve est retirée et l'on pratique la suture des différents plans.

SUTURES. DRAINAGE

Le péritoine est suturé par un surjet au catgut fin. Au cas où il faudrait drainer, le ou les drains sont placés à la partie inférieure de la suture péritonéale, il est bon, toutefois, de laisser la place pour poser un ou deux points plus bas que le drain, de façon à pouvoir rapprocher la base des muscles pyramidaux.

Les muscles droits sont alors rapprochés par 2 ou 3 points séparés au catgut, en ayant soin de les passer en plein muscle pour éviter les déchirures et de *ne pas serrer fortement les fils* afin d'éviter le sphacèle des fibres musculaires incluses dans la ligature.

On finit alors de pratiquer l'hémostose soigneuse des muscles.

La malade est remise en position horizontale et l'aponévrose est refermée par un surjet au catgut. Il faut avoir soin de bien prendre toute l'aponévrose qui se dédouble surtout sur les parties latérales et rien que l'aponévrose sans muscle ce qui provoquerait des tiraillements et des hématomes.

Après cela, s'il est nécessaire, on lie les vaisseaux sous-cutanés qui pourraient donner lorsqu'on a remis la malade en position horizontale et on suture la peau le plus souvent avec des agrafes de Michel sans mettre de fils profonds, la peau n'ayant aucune tendance à être tiraillée et se rapprochant très facilement.

Au début de l'emploi de cette méthode, M. le Dr Sénéchal avait essayé de placer dans le pannicule adipeux des fils de capitonnage pour faire une hémostase plus parfaite. Mais cette idée fut complètement abandonnée depuis. Les risques d'hémostase étant, sans comparaison, moindres que les ennuis des fils perdus sous-cutanés.

En résumé, la méthode employée est la même que celle décrite par Pfannenstiel et P. Coryllos, avec les différences suivantes :

1° Mise en position déclive avant l'incision.

2° Emploi de la valve de Doyen seule, sans écarteur ombilical.

3° Suture de la peau simplement aux agrafes de Michel sans capitonnage ni fils profonds.

SUITES OPÉRATOIRES

Avec cette méthode les suites opératoires sont normales et à part la production d'hématomes sous-cutanés, sans danger et s'évacuant le plus souvent spontanément elles sont les mêmes que celles des laparotomies ombilico-pubiennes.

Si l'on a drainé, on enlève le ou les drains au bout de 24 ou 48 heures.

Les agrafes sont enlevées le 6e ou 7e jour.

Comme nous le verrons plus loin, les opérées pourront se lever très tôt et n'auront besoin, par la suite, de porter aucune ceinture abdominale.

OBSERVATIONS

Observation 1. — H. E., 22 ans. — Opérée le 3 août 1911. Sortie le 23 septembre. Salpingectomie gauche et hystéropexie isthmique.

Observation 2. — M. A., 39 ans. — Opérée le 5 août 1911. Sortie le 31 août 1911. Hystérectomie totale et appendicectomie ; grosses adhérences de l'utérus et des annexes avec tout le petit bassin. Drain vaginal. Lever 12e jour.

Observation 3. — B. L., 17 ans. — Opérée le 8 août 1911. Sortie le 31 août 1911. Appendicectomie. Salpingectomie droite. Hystéropexie.

Observation 4. — H. N., 29 ans. — Opérée le 8 août 1911. Sortie le 13 septembre 1911. Hystérectomie subtotale pour hématocèle. Appendicectomie. Dès l'ouverture du péritoine se présente à la vue la poche hématique constituée aux dépens du pavillon de la trompe droite. L'utérus et les annexes enlevés on constate que la poche correspondait avec le rectum par une perforation. Péritonisation. Mèche et drain par la paroi abdominale. Lever au 14e jour.

Observation 5. — B. M., 28 ans. — Opérée le 17 août 1911. Sortie le 13 septembre 1911. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite et appendicectomie. Beaucoup d'adhérences. Drain abdominal. Lever au 13e jour.

Observation 6. — L. R., 23 ans. — Opérée le 18 août 1911.

Sortie le 27 septembre 1911. Salpingectomie gauche et appendicectomie. Petit hématome évacué spontanément au 9e jour. Lever au 12e jour.

Observation 7. — M. J., 21 ans. — Opérée le 21 août 1911. Sortie le 17 septembre 1911. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double. Appendicectomie. Drainage abdominal 2 jours.

Observation 8. — P. J., 28 ans. — Opérée le 29 août 1911. Sortie le 9 octobre 1911. Cautérisation de l'ovaire droit. Appendicectomie. Hystéropexie.

Observation 9. — M. M., 35 ans. — Opérée le 14 septembre 1911. Sortie le 5 octobre 1911. Hystérectomie totale pour grossesse extra utérine rompue. Malgré les caillots on tombe facilement sur l'utérus et les annexes, on extériorise un fœtus de 3 mois. Drain vaginal et abdominal.

Observation 10. — S. M., 31 ans. — Opérée le 15 septembre 1911. Sortie le 5 octobre 1911. Cautérisation d'ovaires sclérokystiques et appendicectomie. Lever au 10e jour.

Observation 11. — F. M., 44 ans. — Opérée le 16 septembre 1911. Sortie le 11 octobre 1911. Salpingectomie droite et appendicectomie. Lever au 9e jour.

Observation 12. — V. A., 27 ans. — Opérée le 19 septembre 1911. Sortie le 8 octobre 1911. Hystérectomie totale pour salpingo-ovarite droite et fibrome. Appendicectomie. Lever au 13e jour.

Observation 13. — B. A., 24 ans. — Opérée le 28 septembre 1911. Sortie le 19 octobre 1911. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite. Appendicectomie. Durée de l'opération 35 minutes. Lever au 9e jour.

Observation 14. — T. E., 36 ans. — Opérée le 14 octobre 1911. Sortie le 4 novembre 1911. Hystérectomie totale pour

métrite, salpingite double. Appendicectomie. Lever au 11e jour. Drain vaginal.

Observation 15. — F. E., 46 ans. — Opérée le 20 octobre 1911. Sortie le 10 novembre 1911. Hystérectomie totale pour fibrome gros comme une tête de fœtus à terme. Appendicectomie.

Observation 16. — F. L., 28 ans. — Opérée le 21 octobre 1911. Sortie le 12 novembre 1911. Hystérectomie subtotale pour grossesse extra utérine rompue. Drain abdominal.

Observation 17. — L. H., 23 ans. — Opérée le 23 octobre 1911. Sortie le 12 novembre 1911. Hystérectomie subtotale pour métrite parenchymateuse. Utérus adhérent à la vessie. Appendicectomie. Hématome évacué spontanément 8e jour.

Observation 18. — F. L., 27 ans. — Opérée le 31 octobre 1911. Sortie le 23 novembre 1911. Appendicectomie. Lever au 9e jour.

Observation 19. — M. M., 18 ans. — Opérée le 31 octobre 1911. Sortie le 23 novembre 1911. Appendicite à oxyures.

Observation 20. — F. M., 26 ans. — Opérée le 6 novembre 1911. Sortie le 30 novembre 1911. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double. Appendicectomie. Drain abdominal et mèche du côté droit pour arrêter un suintement sanguin.

Observation 21. — L. F., 37 ans. — Opérée le 21 novembre 1911. Sortie le 12 décembre 1911. Appendicectomie. Cautérisation d'ovaires sclérokystiques. Lever au 12e jour.

Observation 22. — H. M., 27 ans. — Opérée le 2 janvier 1912. Sortie le 20 février 1912. Appendicectomie.

Observation 23. — L. M., 27 ans. — Opérée le 7 février

1912. Sortie le 28 février. Hystérectomie pour salpingite double. Appendicectomie.

Observation 24. — G. J., 32 ans. — Opérée le 14 février 1912. Sortie le 21 mars. Cautérisation d'ovaires. Appendicectomie. Léger hématome.

Observation 25. — H. J., 30 ans. — Opérée le 15 février 1912. Sortie le 12 mai. Hystérectomie subtotale pour rupture utérine siégeant au niveau de l'insertion du ligament large gauche. Pratiquée 6 heures après accouchement. Facilité remarquable de l'exploration de la cavité utérine. Un peu de suppuration profonde.

Observation 26. — M. A., 22 ans. — Opérée le 22 février 1912. Sortie le 16 mars. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double. Appendicectomie. Drainage abdominal.

Observation 27. — P. R., 34 ans. — Opérée le 29 février 1912. Sortie le 21 mars. Hystérectomie totale pour fibrome de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. L'incision aponévrotique trop petite a été agrandie secondairement.

Observation 28. — P. M., 17 ans. — Opérée le 5 mars 1912. Sortie le 31 mars. Hystérectomie subtotale pour salpingite double. Appendicectomie. Hématome évacué spontanément au 10e jour.

Observation 29. — L. L., 21 ans. — Opérée le 6 mars 1912. Décédée le 11 mars. Hystérectomie subtotale pour rupture utérine à la suite d'accouchement datant du 6 février.

Observation 30. — D. M., 28 ans. — Opérée le 13 mars 1912. Sortie le 11 avril. Hystérectomie subtotale pour grossesse extra utérine rompue. Appendicectomie.

Observation 31. — F. B., 29 ans. — Opérée le 25 mars 1912. Sortie le 25 avril. Salpingectomie droite. Appendicectomie.

Observation 32. — D. E., 42 ans. — Opérée le 1er avril 1912. Sortie le 1er mai. Hystérectomie totale pour fibrome. Drain vaginal. Lever 11e jour.

Observation 33. — R. A., 50 ans. — Opérée le 19 avril 1912. Sortie le 9 juin. Hystérectomie subtotale pour fibrome et kystes des deux ovaires. Le pus surgit aussitôt après la ponction d'un kyste. Gros drain abdominal. Suppuration profonde.

Observation 34. — P. A., 42 ans. — Opérée le 20 avril 1912. Sortie le 25 mai. Hystérectomie subtotale pour salpingite double et métrite parenchymateuse. Appendicectomie.

Observation 35. — O. E., 35 ans. — Opérée le 23 avril 1912. Sortie le 26 mai. Hystérectomie subtotale pour salpingite double. Appendicectomie. Drain vaginal et abdominal.

Observation 36. — P. A., 39 ans. — Opérée le 3 mai 1912. Sortie le 6 juin. Hystérectomie subtotale pour salpingite double. Appendicectomie. Hématome évacué à la pince.

Observation 37. — A. L., 36 ans. — Opérée le 9 mai 1912. Sortie le 29 mai. Hystérectomie subtotale pour métrite parenchymateuse. Appendicectomie.

Observation 38. — G. M., 40 ans. — Opérée le 10 mai 1912. Sortie le 30 mai. Hystérectomie subtotale pour métrite et salpingite double.

Observation 39. — M. E., 22 ans. — Opérée le 8 juin 1912. Sortie le 1er juillet. Hystérectomie subtotale pour salpingite double. Drainage abdominal 2 jours.

Observation 40. — C. A., 29 ans. — Opérée le 11 juin 1912. Sortie le 27 juin. Appendicectomie et cautérisation d'ovaires. Drainage aux crins. Lever 11e jour.

Observation 41. — A., 36 ans. — Opérée le 13 juin 1912.

Décédée le 15 juin. Hystérectomie pour grossesse extra utérine.

Observation 42. — L., 24 ans. — Opérée le 5 juillet 1912. Sortie le 25 juillet. Appendicectomie. Lever 9e jour.

Observation 43. — D., 21 ans. — Opérée le 8 juillet 1912. Sortie le 4 août. Appendicectomie et hystéropexie.

Observation 44. — B., 37 ans. — Opérée le 13 juillet 1912. Sortie le 1er septembre. Hystérectomie subtotale pour salpinsite double et kyste parovarien. Drain abdominal. Suppuration profonde.

Observation 45. — M., 22 ans. — Opérée le 3 août 1912. Sortie le 1er septembre. Salpingectomie droite et appendicectomie.

Observation 46. — D., 33 ans. — Opérée le 8 août 1912. Sortie le 23 août. Appendicectomie. Cautérisation des ovaires. Lever 9e jour.

Observation 47. — C., 49 ans. — Opérée le 13 août 1912. Sortie le 27 août. Hystérectomie totale pour volumineux fibrome. Drainage vaginal.

Observation 48. — M., 59 ans. — Opérée le 13 août 1912. Décédée le 20 août. Hystérectomie totale pour néo-utérin.

Observation 49. — B., 18 ans. — Opérée le 17 août 1912. Sortie le 8 septembre. Appendicectomie et cautérisation des ovaires.

Observation 50. — T., 22 ans. — Opérée le 20 août 1912. Sortie le 12 septembre. Appendicectomie. Drainage aux crins.

Observation 51. — L., 61 ans. — Opérée le 23 août 1912. Sortie le 22 septembre. Hystérectomie totale pour néo du col.

Observation 52. — T., 38 ans. — Opérée le 26 août 1912.

Sortie le 19 septembre. Hystérectomie subtotale pour grossesse tubaire rompue. Mèche dans le douglas.

Observation 53. — F., 47 ans. — Opérée le 28 août 1912. Sortie le 12 septembre. Hystérectomie subtotale pour salpingite et grossesse tubaire.

Observation 54. — L., 28 ans. — Opérée le 2 septembre 1912. Décédée le 13 septembre. Appendicectomie et salpingectomie.

Observation 55. — M., 33 ans. — Opérée le 10 septembre 1912. Sortie le 2 octobre. Hystérectomie subtotale pour fibrome. Appendicectomie.

Observation 56. — L., 18 ans. — Opérée le 18 septembre 1912. Sortie le 5 octobre. Appendicectomie.

Observation 57. — C., 25 ans. — Opérée le 21 septembre 1912. Sortie le 15 octobre. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double et appendicectomie. Drain dans le douglas, 24 heures.

Observation 58. — D., 35 ans. — Opérée le 24 septembre 1912. Sortie le 1er novembre. Hystérectomie totale pour néo du col et hémorragie rétroplacentaire au 4e mois d'une grossesse. Incision de 20 centimètres. Drain vaginal. Durée de l'opération 58 minutes.

Observation 59. — L., 32 ans. — Opérée le 28 septembre 1912. Sortie le 29 octobre. Hystérectomie subtotale pour salpingite double. Appendicectomie. Hématome évacué spontanément au 9e jour.

Observation 60. — W., 8 ans $\frac{1}{2}$. — Opérée le 1er octobre 1912. Sortie le 15 octobre. Appendicectomie. Lever au 9e jour.

Observation 61. — V., 37 ans. — Opérée le 3 octobre 1912.

Sortie le 19 octobre. Hystérectomie subtotale pour métrite parenchymateuse et salpingite.

Observation 62. — C., 27 ans. — Opérée le 4 octobre 1912. Sortie le 27 octobre. Hystéropexie et cautérisation des ovaires.

Observation 63. — C., 27 ans. — Opérée le 5 octobre 1912. Sortie le 26 octobre. Grosse salpingite double. Hystérectomie subtotale.

Observation 64. — B., 26 ans. — Opérée le 7 octobre 1912. Sortie le 28 octobre 1912. Cautérisation des ovaires. Appendicectomie.

Observation 65. — A., 18 ans. — Opérée le 11 octobre 1912. Passée en médecine pour fièvre typhoïde le 1er novembre. Hystérectomie subtotale pour salpingite. Appendicectomie.

Observation 66. — H., 52 ans. — Opérée le 11 octobre 1912. Sortie le 17 novembre. Hystérectomie subtotale pour fibrome. Appendice perdu au milieu d'adhérences. Drain dans la fosse iliaque droite.

Observation 67. — J., 27 ans. — Opérée le 15 octobre 1912. Sortie le 3 novembre. Appendicectomie. Hystéropexie et cautérisation des ovaires.

Observation 68. — S., 46 ans. — Opérée le 16 octobre 1912. Sortie le 16 novembre. Hystérectomie subtotale pour métrite parenchymateuse et fibrome. Appendicectomie.

Observation 69. — R., 21 ans. — Opérée le 21 octobre 1912. Sortie le 11 novembre. Appendicectomie et cautérisation des ovaires. Hématome évacué spontanément le 10e jour.

Observation 70. — H., 30 ans. — Opérée le 22 octobre 1912. Sortie le 11 novembre. Appendicectomie. Drain abdominal.

Observation 71. — L., 40 ans. — Opérée le 9 novembre

1912. Sortie le 1er décembre. Hystérectomie subtotale pour salpingite double. Drain dans le douglas et drain abdominal resté 8 jours.

Observation 72. — B., 39 ans. — Opérée le 9 novembre 1912. Sortie le 8 décembre. Laparotomie pour péritonite généralisée. Vessie adhérente à la paroi presque jusqu'à l'ombilic. 3 drains dans les flancs et le douglas. Revue ultérieurement. Cicatrice solide et à peine visible.

Observation 73. — B., 43 ans. — Opérée le 21 novembre 1912. Sortie le 21 décembre. Hystérectomie totale pour fibrome. Appendicectomie. Gros drain vaginal.

Observation 74. — J., 19 ans. — Opérée le 22 novembre 1912. Sortie le 13 décembre. Appendicectomie. Lever au 9e jour.

Observation 75. — S., 33 ans. — Opérée le 25 novembre 1912. Sortie le 12 décembre. Hystérectomie subtotale pour salpingite double. Appendicectomie.

Observation 76. — J., 50 ans. — Opérée le 26 novembre 1912. Sortie le 22 décembre. Hystérectomie subtotale pour utérus fibromateux. Appendicectomie.

Observation 77. — L., 31 ans. — Opérée le 5 décembre 1912. Sortie le 9 janvier 1913. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double. Drainage abdominal.

Observation 78. — G., 36 ans. — Opérée le 6 décembre 1912. Sortie le 22 décembre. Hystérectomie subtotale pour fibrome. Appendicectomie.

Observation 79. — P., 31 ans. — Opérée le 10 décembre 1912. Sortie le 29 décembre. Hystéropexie. Cautérisation des ovaires. Appendicectomie.

Observation 80. — G., 40 ans. — Opérée le 12 décembre

1912. Sortie le 31 décembre. Hystérectomie subtotale pour métrite et salpingite. Appendicectomie.

Observation 81. — T., 16 ans. — Opérée le 6 janvier 1913. Sortie le 28 janvier. Hystérectomie subtotale pour perforation utérine au cours de curettage pour avortement.

Observation 82. — G., 33 ans. — Opérée le 21 janvier 1913. Sortie le 19 février. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double.

Observation 83. — T., 43 ans. — Opérée le 24 janvier 1913. Sortie le 13 février. Appendicectomie et ablation d'un kyste parovarien.

Observation 84. — P., 21 ans. — Opérée le 27 janvier 1913. Décédée le 30 janvier. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double. Drain abdominal.

Observation 85. — G., 42 ans. — Opérée le 1er février 1913. Sortie le 24 février. Appendicectomie et cautérisation des ovaires.

Observation 86. — H., 43 ans. — Opérée le 5 février 1913. Sortie le 24 février. Appendicectomie.

Observation 87. — T., 34 ans. — Opérée le 7 février 1913. Sortie le 9 mars. Ablation de la trompe gauche et d'un kyste sanguin parovarien contenant des débris embryonnaires ; hématome.

Observation 88. — P., 34 ans. Opérée le 9 février 1913. Décédée de collapsus cardiaque le 11 février. Hystérectomie subtotale pour °pelvi-péritonite avec adhérences. Appendicectomie. Drain abdominal.

Observation 89. — M., homme, 34 ans. — Opéré le 12 février 1913. Sorti le 27 février. Appendicectomie.

Observation 90. — C., 46 ans. — Opérée le 12 février 1913. Sortie le 11 mars. Hystérectomie totale pour néo-utérin.

Observation 91. — S., 20 ans. — Opérée le 13 février 1913. Sortie le 30 mars. Appendicectomie. Hématome.

Observation 92. — A., homme, 11 ans. — Opéré le 14 février 1913. Sorti le 27 février. Appendicectomie.

Observation 93. — D., 33 ans. — Opérée le 21 février 1913. Sortie le 8 mars. Hystérectomie totale pour deciduome malin.

Observation 94. — L., 40 ans. — Opérée le 10 mars 1913. Sortie le 30 mars. Hystérectomie subtotale et fixation du moignon utérin aux droits.

Observation 95. — C., 29 ans. — Opérée le 14 mars 1913. Sortie le 3 avril. Ablation de l'ovaire droit. Cautérisation du gauche. Appendicectomie.

Observation 96. — G., 34 ans. — Opérée le 18 mars 1913. Sortie le 15 avril. Hystérectomie subtotale pour déciduome malin. Appendicectomie.

Observation 97. — S., 7 ans. — Opérée le 21 mars 1913. Dédécée le 24. Urémie aiguë. Appendicectomie.

Observation 98. — B., 22 ans. — Opérée le 25 mars 1913. Sortie le 25 avril. Salpingectomie droite et appendicectomie.

Observation 99. — C., 30 ans. — Opérée le 26 mars 1913. Sortie le 11 avril. Hystérectomie totale pour fibrome sphacélé. Adhérences nombreuses particulièrement avec la vessie. 2 gros drains abdominaux.

Observation 100. — L., homme, 25 ans. — Opéré le 31 mars 1913. Sorti le 20 avril. Appendicectomie. Lever 9e jour.

Observation 101. — F., 32 ans. — Opérée le 31 mars

1913. Décédée le 11 mai. Hystérectomie totale pour néo utérin au début.

Observation 102. — G., 41 ans. — Opérée le 1er avril 1913. Sortie le 22 mai. Hystérectomie totale pour néo utérin. Drain vaginal.

Observation 103. — D., 19 ans. — Opérée le 3 avril 1913. Sortie le 20 mai. Appendicectomie. Tuberculose péritonéale.

Observation 104. — R., 31 ans. — Opérée le 9 avril 1913. Sortie le 8 mai. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double. Appendicectomie.

Observation 105. — R., 42 ans. — Opérée le 11 avril 1913. Sortie le 12 juin. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double et fibrome. Drain dans le Douglas. Suppuration profonde.

Observation 106. — M., 49 ans. — Opérée le 19 avril 1913. Sortie le 6 mai. Hystérectomie subtotale pour fibrome.

Observation 107. — D., 45 ans. — Opérée le 22 avril 1913. Sortie le 1er juin. Hystérectomie subtotale pour fibrome. Appendicectomie. Drain abdominal 2 jours.

Observation 108. — G., 32 ans. — Opérée le 29 avril 1913. Sortie le 25 mai. Hystérectomie pour grossesse extra utérine rompue et saignant encore. Drain de sûreté 24 heures.

Observation 109. — B., 43 ans. — Opérée le 3 mai 1913. Sortie le 25 mai. Appendicectomie. Lever 9e jour.

Observation 110. — R., 27 ans. — Opérée le 3 mai 1913. Sortie le 25 mai. Hystérectomie subtotale pour grossesse tubaire rompue. Drain dans le Douglas.

Observation 111. — D., 26 ans. — Opérée le 15 mai 1913. Sortie le 30 juin. Hystérectomie subtotale pour salpingite double. Drain abdominal.

Observation 112. — B., 38 ans. — Opérée le 16 mai 1913. Sortie le 5 juin. Hystérectomie totale pour néo du col sur utérus gravide.

Observation 113. — M., 38 ans. — Opérée le 22 mai 1913. Sortie le 20 juin. Hystérectomie subtotale pour salpingite double. Appendicectomie. Drainage abdominal.

Observation 114. — P., 37 ans. — Opérée le 28 mai 1913. Sortie le 19 juin. Hystérectomie totale pour néo utérin.

Observation 115. — L., 43 ans. — Opérée le 29 mai 1913. Sortie le 28 juin. Hystérectomie totale pour polypes utérins.

Observation 116. — L., 40 ans. — Opérée le 3 juin 1913. Décédée le 4. Péritonite généralisée d'origine appendiculaire chez une femme accouchée depuis 3 jours.

Observation 117. — J., 62 ans. — Opérée le 5 juin 1913. Sortie le 17 juillet. Hystérectomie totale pour néo utérin.

Observation 118. — R., 18 ans. — Opérée le 10 juin 1913. Sortie le 28 juin. Appendicectomie et cautérisation des ovaires.

Observation 119. — L., homme, 63 ans. — Opéré le 10 juin 1913. Sorti le 3 août. Appendicectomie. 2 drains abdominaux 24 heures.

Observation 120. — G., 9 ans. — Opérée le 14 juin 1913. Sortie le 5 juillet. Appendicectomie.

Observation 121. — F., 59 ans. — Opérée le 17 juin 1913. Sortie le 20 juillet. Hystérectomie totale pour néo utérin. Drainage abdominal.

Observation 122. — P., 26 ans. — Opérée le 18 juin 1913. Sortie le 8 juillet. Salpingectomie droite. Appendicectomie. Hystéropexie.

Observation 123. — L., 35 ans. — Opérée le 21 juin 1913. Sortie le 10 juillet. Appendicectomie. Cautérisation des ovaires.

Observation 124. — C., 18 ans. — Opérée le 21 juin 1913. Passe en médecine le 29 juillet. Hystérectomie subtotale pour pelvi péritonite à point de départ appendiculaire. Drain abdominal 48 heures.

Observation 125. — J., 13 ans. — Opérée le 26 juin 1913. Sortie le 19 juillet. Appendicectomie.

Observation 126. — T., 19 ans. — Opérée le 26 juin 1913. Sortie le 8 juillet. Appendicectomie et salpingectomie droite. Hématome évacué le 9e jour. Lever 10e jour.

Observation 127. — L. F., 37 ans. — Opérée le 7 juillet 1913. Sortie le 8 août. — Hystérectomie totale pour néo-utérin.

Observation 128. — B. J., 32 ans. — Opérée le 18 juillet 1913. Sortie le 2 août. Appendicectomie. Lever au 9e jour.

Observation 129. — W. G., 27 ans. — Opérée le 25 juillet 1913. Sortie le 15 août. Appendicectomie et cautérisation des ovaires.

Observation 130. — G. M., 26 ans. — Opérée le 26 juillet 1913. Décédée le 30 juillet. Hystérectomie subtotale pour fibrome, kyste de l'ovaire et salpingite double.

Observation 131. — H. L., 14 ans. — Opérée le 29 juillet 1913. Sortie le 13 août. Appendicectomie.

Observation 132. — C. M., 44 ans. — Opérée le 30 juillet 1913. Sortie le 17 août. Hystérectomie totale pour fibrome et salpingite. Lever au 10e jour.

Observation 133. — O. L., 21 ans. — Opérée le 4 août

1913. Sortie le 4 septembre. Hystérectomie subtotale pour salpingite et kyste de l'ovaire. Appendicectomie.

Observation 134. — V. M., 30 ans. — Opérée le 7 août 1913. Sortie le 28 août. Hystérectomie pour salpingite double. Appendicectomie. Drain abdominal.

Observation 135. — F. L., 25 ans. — Opérée le 8 août 1913. Sortie le 28 août. Hystérectomie pour salpingite double. Appendicectomie. Drain abdominal 2 jours.

Observation 136. — H. C., 31 ans. — Opérée le 11 août 1913. Sortie le 3 septembre. Hystérectomie pour salpingite double. Appendicectomie.

Observation 137. — M. M., 20 ans. — Opérée le 13 août 1913. Sortie le 31 août. Salpingectomie. Appendicectomie.

Observation 138. — C. L., 25 ans. — Opérée le 23 août 1913. Sortie le 5 septembre. Hystéropexie. Cautérisation des ovaires. Appendicectomie.

Observation 139. — H. M., 20 ans. — Opérée le 23 août 1913. Sortie le 14 septembre. Hystérectomie subtotale en laissant un ovaire. Appendicectomie.

Observation 140. — D. Y., 15 ans. — Opérée le 29 août 1913. Sortie le 20 septembre. Appendicectomie. Drainage abdominal.

Observation 141. — G. L., 20 ans. — Opérée le 4 septembre 1913. Sortie le 28 septembre. Appendicectomie. Cautérisation de l'ovaire gauche.

Observation 142. — M. M., 33 ans. — Opérée le 10 septembre 1913. Sortie le 1er octobre. Hystérectomie subtotale pour salpingite double et utérus fibromateux. Appendicectomie. Drain 48 heures.

Observation 143. — L. L., 35 ans. — Opérée le 11 septem-

bre 1913. Sortie le 30 septembre. Hystérectomie subtotale pour perforation utérine au cours de curettage pour rétention placentaire.

Observation 144. — G. L., 28 ans. — Opérée le 12 septembre 1913. Sortie le 5 octobre. Appendicectomie. Cautérisation des ovaires.

Observation 145. — H. A., 29 ans. — Opérée le 16 septembre 1913. Sortie le 5 octobre. Appendicectomie et salpingectomie droite.

Observation 146. — T. E., 22 ans. — Opérée le 17 septembre 1913. Sortie le 3 octobre. Salpingectomie et appendicectomie.

Observation 147. — L., 40 ans. — Opérée le 17 septembre 1913. Sortie le 30 septembre. Voir observation 71. Eventration, suite de drainage prolongé chez une femme obèse. Nouvelle incision transversale suivant l'ancienne. Petit orifice au point où les deux plans musculaire et aponévrotique se coupent. Ablation du sac. Fermeture du péritoine. Suture ordinaire de l'incision. Revue 8 mois après. Bon résultat.

Observation 148. — V. A., 29 ans. — Opérée le 23 septembre 1913. Sortie le 9 octobre. Appendicectomie. Salpingectomie droite et ablation d'un petit fibrome sous-péritonéal.

Observation 149. — L. A., 39 ans. — Opérée le 25 septembre 1913. Sortie le 23 octobre. Hystérectomie totale pour fibrome. 1 drain dans le Douglas.

Observation 150. — B. M., 40 ans. — Opérée le 27 septembre 1913. Sortie le 19 octobre. Appendicectomie.

Observation 151. — S. A., 15 ans. — Opérée le 27 septembre 1913. Sortie le 16 octobre. Appendicectomie.

Observation 152. — L. J., 18 ans. — Opérée le 30 septem-

bre 1913. Sortie le 23 octobre. Création d'un vagin artificiel. *1er temps périnéal :* Incision transversale dans la dépression en doigt de gant qui est la place du vagin et décollement du rectum et de la vessie. Un clamp courbe est laissé dans la cavité ainsi faite bourrée de compresses.

2e temps abdominal : Incision transversale. On ne trouve pas d'utérus sur la ligne médiane, mais de chaque côté une sorte de corne représentant un utérus didelphe se terminant par une trompe et un ovaire sclérokystique. Ces deux cornes sont réunies par un repli falciforme de péritoine. Ablation des deux utérus ovaires et trompes. L'appendice malade se présente et est réséqué. On choisit ensuite à 40 centimètres environ de la valvule iléo cœcale une portion d'anse de 20 centimètres qui descend dans le Douglas. On l'isole par exclusion en fermant les quatre extrémités, résultant de la section intestinale par un double surjet à la scie. On fait une anastomose latéro latérale qui réunit la continuité intestinale. On fend alors le péritoine sur le clamp vaginal et l'anse intestinale est pincée par lui près d'une de ses extrémités et abaissée à la vulve. Fermeture de l'abdomen. Drainage.

3e temps périnéal : L'anse abaissée à la vulve est ouverte et la section suturée à la vulve par des points séparés en couronne.

Observation 153. — B. M., 27 ans. — Opérée le 9 octobre 1913. Sortie le 16 novembre. Appendicectomie.

Observation 154. — L. M., 28 ans. — Opérée le 14 octobre. Sortie le 31 octobre. Appendicectomie. Hystéropexie. Cautérisation des ovaires.

Observation 155. — B. J., 27 ans. — Opérée le 18 octobre. Sortie le 6 novembre. Appendicectomie. Salpingectomie droite. Petit drain abdominal 24 heures.

Observation 156. — L. M., 25 ans. — Opérée le 20 octobre.

Sortie le 14 novembre. Hystérectomie subtotale pour salpingite double.

Observation 157. — C. C., 25 ans. — Opérée le 24 octobre. Passée en médecine le 18 novembre. Hystérectomie subtotale pour métrite et salpingite.

Observation 158. — L. M., 30 ans. — Opérée le 28 octobre. Sortie le 16 novembre. Hystérectomie subtotale pour hematocèle rétro-utérine et salpingite double. Appendicectomie.

Observation 159. — V. L., 50 ans. — Opérée le 5 novembre. Sortie le 30 novembre. Hystérectomie totale pour fibrome.

Observation 160. — L. A., 28 ans. — Opérée le 10 novembre. Sortie le 7 décembre. Appendicectomie. Ablation de la trompe et de l'ovaire droit.

Observation 161. — G. E., 46 ans. — Opérée le 12 novembre. Sortie le 17 janvier. Hystérectomie pour fibrome. Appendicectomie. Drain abdominal. Suppuration profonde.

Observation 162. — T. F., 29 ans. — Opérée le 18 novembre. Décédée le 24 novembre. Hystérectomie totale pour métrite. Appendicectomie.

Observation 163. — C. L., 23 ans. — Opérée le 25 novembre. Sortie le 27 décembre. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double.

Observation 164. — C. P., homme, 18 ans. — Opéré le 25 novembre. Sorti le 18 décembre. Appendicectomie. Lever 9e jour.

Observation 165. — C. G., 17 ans. — Opérée le 26 novembre. Sortie le 13 décembre. Appendicectomie. Lever 9e jour.

Observation 166. — P. G., 18 ans. — Opérée le 27 novembre. Sortie le 13 décembre. Appendicectomie.

Observation 167. — C. M., 18 ans. — Opérée le 1er décembre. Sortie le 15 décembre. Appendicectomie. Lever 9e jour.

Observation 168. — H. R., homme, 12 ans. — Opéré le 2 décembre. Sorti le 17 décembre. Appendicectomie.

Observation 169. — L. J., 33 ans. — Opérée le 3 décembre. Sortie le 27 décembre. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double. Appendicectomie.

Observation 170. — L. E., 33 ans. — Opérée le 13 décembre. Sortie le 27 décembre. Hystérectomie subtotale pour fibrome de la grosseur d'une tête d'adulte.

Observation 171. — V. A., 34 ans. — Opérée le 13 décembre. Sortie le 28 décembre. Hystérectomie subtotale pour salpingite double. Appendicectomie. Drain abdominal 48 heures.

Observation 172. — P. A., 48 ans. — Opérée le 16 décembre. Sortie le 4 janvier 1914. Hystérectomie totale pour néoutérin.

Observation 173. — B. J., 25 ans. — Opérée le 26 décembre. Sortie le 12 janvier. Appendicectomie.

Observation 174. — M. J., homme, 30 ans. — Opéré le 7 janvier 1914. Sorti le 25 janvier. Appendicectomie. Deux drains abdominaux.

Observation 175. — D. C., 26 ans. — Opérée le 10 janvier. Sortie le 25 janvier. Appendicectomie et cautérisation des ovaires. Plicature du cœcum.

Observation 176. — V. F., 26 ans. — Opérée le 17 janvier. Sortie le 5 février. Hystérectomie totale pour métrite. Salpingite. Appendicectomie. Drain vaginal et crins dans la gaine des droits.

Observation 177. — H. J., 23 ans. — Opérée le 21 janvier.

Sortie le 26 février. Salpingectomie par grossesse extra utérine. Sang en petite quantité dans le péritoine. Enorme caillot dans le Douglas. Grossesse dans la trompe droite qu'on résèque laissant l'ovaire en place. Annexes gauches atteintes de salpingo-ovarite, trompe fermée. Le 3 février devant la température oscillante et croissante et le mauvais état général on réintervient. Ouverture suivant l'ancienne incision. A noter que l'aponévrose avait lâché du côté gauche, néanmoins la couche musculaire avait tenu et il fut difficile de trouver la séparation des droits. On trouve une poche purulente dans le Douglas. Suites normales.

Observation 178. — M. J., 20 ans. — Opérée le 29 janvier 1914. Sortie le 8 février. Appendicectomie et plicature du cœcum.

Observation 179. — T. H., 22 ans. — Opérée le 30 janvier 1914. Sortie le 14 février. Hystérectomie subtotale pour salpingite double et appendicectomie. Lever 10e jour.

Observation 180. — B. M., 11 ans. — Opérée le 4 février 1914. Sortie le 26 février. Appendicectomie.

Observation 181. — C. L., 50 ans. — Opérée le 4 février Sortie le 2 mars. Hystérectomie subtotale pour fibrome de 1 k. 500.

Observation 182. — B. M., 25 ans. — Opérée le 6 février. Sortie le 22 février. Hystéropexie et appendicectomie.

Observation 183. — M. E., 49 ans. — Opérée le 6 février. Sortie le 1er mars. Hystérectomie totale pour fibrome. Drain abdominal 3 jours.

Observation 184.— C. E., 35 ans. — Opérée le 12 février. Sortie le 1er mars. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double. Appendicectomie.

Observation 185. — T. G., 17 ans. — Opérée le 13 février. Sortie le 26 février. Appendicectomie ; mèche 24 heures.

Observation 186. — D. R., 32 ans. — Opérée le 14 février. Sortie le 7 mars. Hystérectomie subtotale pour salpingite double. Appendicectomie.

Observation 187. — G. F., 46 ans. — Opérée le 17 février. Sortie le 8 mars. Appendicectomie.

Observation 188. — G. S., 36 ans. — Opérée le 19 février. Sortie le 12 mars. Hystérectomie totale pour fibrome.

Observation 189. — A. P., 21 ans. — Opérée le 5 mars. Sortie le 8 avril. Hystérectomie totale pour pelvi-péritonite. Appendicectomie. Gros drain vaginal et abdominal. Mèche sur une perforation intestinale.

Observation 190. — C. J., 37 ans. — Opérée le 6 mars. Sortie le 27 mars. Appendicectomie et hystéropexie.

Observation 191. — D. E., 29 ans. — Opérée le 7 mars. Sortie le 23 mars. Appendicectomie et cautérisation des ovaires.

Observation 192. — D. M., 24 ans. — Opérée le 24 mars. Sortie le 24 avril. Appendicectomie.

Observation 193. — T. E., 29 ans. — Opérée le 25 mars. Sortie le 10 avril. Appendicectomie et cautérisation des ovaires.

Observation 194. — D. M., 28 ans. — Opérée le 27 mars. Sortie le 10 avril. Appendicectomie et hystéropexie.

Observation 195. — H. R., 24 ans. — Opérée le 7 avril. Sortie le 19 mai. Hystérectomie subtotale pour salpingite double. Appendicectomie. Drain abdominal. Un peu de suppuration profonde.

Observation 196. — P. L., 21 ans. — Opérée le 7 avril. Sortie le 23 avril. Ablation de l'ovaire droit. Appendicectomie.

Observation 197. — C. G., 17 ans. — Opérée le 9 avril. Sortie le 25 avril. Cautérisation des ovaires. Déjà opérée d'appendicite en 1913. A l'opération on voit que les différents plans ont parfaitemen tenu.

Observation 198. — R. M., 24 ans. — Opérée le 15 avril. Sortie le 10 mai. Hystérectomie subtotale pour salpingite double.

Observation 199. — C. A., 26 ans. — Opérée le 16 avril. Sortie le 30 avril. Hystérectomie subtotale pour salpingite double.

Observation 200. — M. D., 27 ans. — Opérée le 17 avril. Sortie le 3 juin. Cautérisation des ovaires. Appendicectomie.

Observation 201. — F. S., 9 ans $\frac{1}{2}$. — Opérée le 20 avril. Sortie le 21 mai. Appendicectomie.

Observation 202. — H. C., 45 ans. — Opérée le 28 avril. Sortie le 12 mai. Appendicectomie.

Observation 203. — R. H., 30 ans. — Opérée le 30 avril. Sortie le 16 mai. Salpingectomie pour grossesse extra-utérine rompue.

Observation 204. — M. R., 29 ans. — Opérée le 30 avril. Sortie le 16 mai. Déjà opérée le 23 février 1914 pour péritonite suppurée par incisions latérales dans les fosses iliaques. Ces incisions ne gênent pas l'opération malgré les adhérences nombreuses. Salpingectomie. Drainage abdominal.

Observation 205. — C. M., 56 ans. — Opérée le 4 mai. Sortie le 15 juin. Hystérectomie totale pour néo-utérin.

Observation 206. — T. E., 22 ans. — Opérée le 15 mai.

Sortie le 14 juin. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double. Déjà opérée en 1912 de salpingite droite.

Observation 207. — R. J., 32 ans. — Opérée le 26 mai. Sortie le 5 juillet. Hystérectomie subtotale pour salpingite double. Appendicectomie. Un peu de suppuration profonde.

Observation 208. — P. A., 25 ans. — Opérée le 26 mai. Sortie le 14 juin. Ablation de la trompe droite pour grossesse extra-utérine rompue. Drain dans le Douglas.

Observation 209. — T. S., 19 ans. — Opérée le 9 juin. Sortie le 23 juin. Ablation d'un kyste de l'ovaire droit. Appendicectomie.

Observation 210. — D. J., 42 ans. — Opérée le 16 juin. Sortie le 2 juillet. Salpingectomie. Appendicectomie.

Observation 211. — B. C., 25 ans. — Opérée le 24 juin. Décédée le 25 juin de péritonite. Hystérectomie pour grossesse extra-utérine rompue.

Observation 212. — B. C., 26 ans. — Opérée le 25 juin. Sortie le 12 juillet. Hystérectomie subtotale pour salpingite double et appendicite. Drainage abdominal 2 jours.

Observation 213. — L. A., 29 ans. — Opérée le 26 juin. Sortie le 11 juillet. Appendicectomie et hystéropexie.

Observation 214. — G. R., 23 ans. — Opérée le 10 juillet. Sortie le 30 juillet. Hystérectomie subtotale pour salpingite et kyste de l'ovaire.

Observation 215. — V. A., 25 ans. — Opérée le 17 juillet. Sortie le 15 août. Appendicectomie et cautérisation des ovaires.

Observation 216. — M. J., 40 ans. — Opérée le 22 juillet. Sortie le 11 août. Ablation d'un kyste de l'ovaire gauche et appendicectomie.

Observation 217. — T. M., 17 ans. — Opérée le 22 juillet. Sortie le 10 août. Péritonite. Appendicectomie.

Observation 218. — D. M., 60 ans. — Opérée le 3 août. Sortie le 28 octobre. Hystérectomie totale pour néo-utérin. Drain vaginal.

Observation 219. — K. R., 11 ans. — Opérée le 26 août. Sortie le 17 septembre. Appendicectomie.

Observation 220. — S. J., 27 ans. — Opérée le 3 septembre. Sortie le 20 septembre. Hystérectomie pour salpingo-ovarite double. Appendicectomie.

Observation 221. — L. S., 17 ans. — Opérée le 7 septembre. Sortie le 24 septembre. Salpingectomie et cautérisation des ovaires.

Observation 222. — B. M., 51 ans. — Opérée le 8 septembre. Sortie le 23 septembre. Hystérectomie totale pour néo-utérin.

Observation 223. — B. L., 20 ans. — Opérée le 16 septembre. Sortie le 28 octobre. Hystérectomie pour salpingite et pelvi-péritonite.

Observation 224. — P. A., 26 ans. — Opérée le 18 septembre. Sortie le 1er octobre. Appendicectomie. Lever au 9e jour.

Observation 225. — R. J., 42 ans. — Opérée le 14 octobre. Sortie le 17 novembre. Appendicectomie.

Observation 226. — F. E., 43 ans. — Opérée le 11 novembre. Sortie le 6 décembre. Hystérectomie totale pour fibrome. Appendicectomie.

Observation 227. — L. F., 31 ans. — Opérée le 1er décembre. Sortie le 24 décembre. Hystérectomie subtotale pour salpingite double. Appendicectomie.

Observation 228. — C. E., 25 ans. — Opérée le 5 décembre. Sortie le 27 décembre. Cautérisation des ovaires. Appendicectomie.

Observation 229. — C. L., 20 ans. — Opérée le 22 janvier 1915. Sortie le 8 février. Appendicectomie.

Observation 230. — T. M., 49 ans. — Opérée le 5 février 1915. Sortie le 7 mars. Hystérectomie totale pour salpingo-ovarite double et métrite.

Observation 231. — B. A., 37 ans. — Opérée le 12 février 1915. Sortie le 28 février. Hystérectomie totale pour utérus fibromateux.

Observation 232. — P. C., 43 ans. — Opérée le 10 mars. Sortie le 1er avril. Hystérectomie totale pour néo-utérin.

Observation 233. — J. Y., 32 ans. — Opérée le 10 mars. Sortie le 27 mars. Cautérisation des ovaires et appendicectomie.

Observation 234. — P. O., 37 ans. — Opérée le 15 mars. Sortie le 1er avril. Hystérectomie pour tumeur kystique de l'utérus.

Observation 235. — D. R. J., 28 ans. — Opérée le 17 mars. Sortie le 1er avril. Hystérectomie subtotale pour placenta prœvia.

Observation 236. — C. B., 27 ans. — Opérée le 26 avril. Sortie le 11 mai. Appendicectomie.

Observation 237. — B. M., 39 ans. — Opérée le 4 mai 1916. Sortie le 8 juin 1916. Hystérectomie subtotale pour utérus fibromateux. Ablation d'un kyste de l'ovaire. Appendicectomie.

Observation 238. — C. J., 18 ans. — Opérée le 27 novembre 1918. Sortie le 18 décembre 1918. Appendicectomie.

Observation 239. — D. A., 29 ans. — Opérée le 11 mars 1919. Grossesse de 6 mois ½. Hémorragie abondante suite de décollement rétro-placentaire. Anurie depuis 3 jours. Ni le percement des membranes ni la mise de ballon n'arrête l'hémorragie. Température 38°5. On cherche à dilater le col sans y parvenir même sous anesthésie. On se décide pour l'hystérectomie. Incision transversale. Extériorisation facile de l'utérus par l'incision. Hystérectomie totale. Drainage par le vagin. Décédée le 15 mars. Anurie.

Observation 240. — E. P., 24 ans. — Opérée le 19 mars 1919. Sortie le 11 avril. Hystéropexie. Appendicectomie.

Observation 241. — C. A., 27 ans. — Opérée le 19 mars. Sortie le 11 avril. Appendicite.

Observation 242. — M. B., 52 ans. — Opérée le 1er avril. Décédée le 2 avril. Hystérectomie subtotale pour fibrome et volumineux kyste de l'ovaire.

Observation 243. — B. L., 60 ans. — Opérée le 9 avril. Sortie le 31 mai. Hystérectomie totale pour néoplasme utérin.

Observation 244. — T. L., 78 ans. — Opérée le 24 avril. Sortie le 22 mai. Ablation d'un kyste de l'ovaire. Appendicectomie. La vessie est très distendue et occupe le champ opératoire malgré sondage préalable. On la refoule assez pour percevoir une masse du volume d'une tête d'enfant incluse et serrée dans le petit bassin derrière le promontoire très proéminent. La tumeur est très adhérente au cœcum et à première vue fait penser à un diverticule de Meckel fermé et plein de pus.

En réalité elle correspond au ligament large droit dans laquelle elle est incluse. Ouverture du feuillet péritonéal et ponction du kyste qui donne un liquide chocolaté. Ablation du kyste et de la trompe atrophiée correspondante. Appendicectomie. Suites normales. Lever au 12e jour.

Observation 245. — R. M., 21 ans. — Opérée le 7 mai.

Sortie le 5 juin. Salpingectomie pour avortement tubaire. Appendicectomie. Hystéropexie.

Observation 246. — R. M., 42 ans. — Opérée le 30 mai. Sortie le 19 juin. Hystérectomie subtotale pour salpingite double.

Observation 247. — D. L., 33 ans. — Opérée le 6 juin. Sortie le 8 juillet. Salpingectomie double. Appendicectomie. Plicature du cœcum.

Observation 248. — G. P., 5 ans. — Opérée le 10 juin. Sortie le 23 juin. Appendicectomie.

Observation 249. — B. C., 48 ans. — Opérée le 12 juin. Sortie le 15 juillet. Hystérectomie totale pour néo-utérin.

Observation 250. — G. F., 14 ans. — Opérée le 27 juin. Sortie le 18 juillet. Appendicectomie. Cautérisation des ovaires.

Observation 251. — T. J., 49 ans. — Opérée le 11 juillet. Sortie le 5 août. Hystérectomie totale pour fibrome. Hématome évacué 10e jour.

Observation 252. — S. P., 35 ans. — Opérée le 12 juillet. Décédée le 14 juilet. Hystérectomie totale pour métrite parenchymateuse purulente.

Observation 253. — D. S., 29 ans. — Opérée le 18 juillet. Sortie le 6 août. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double.

Observation 254. — R. E., 28 ans. — Opérée le 21 juillet. Sortie le 25 août. Salpingectomie droite. Hystéropexie. Cautérisation des ovaires. Hématome évacué à la pince le 5e jour.

Observation 255. — M. L., 36 ans. — Opérée le 23 juillet. Sortie le 12 août. Hystérectomie totale pour néoplasme utérin ayant envahi les culs de sac. L'opération est commencée

par voie vaginale ; mais la libération est difficile et ne peut être continuée, on baisse le vagin avec des mèches et on le suture en bourse. On fait une laparotomie transversale et par cette voie on arrive à décoller l'utérus de la vessie et à enlever les parties malades et à faire un bon nettoyage du petit bassin. Bourrage de l'excavation avec de la gaze et un drain vaginal. Trois points de catgut sur la tranche péritonéale. Suites normales.

Observation 256. — D. A., 24 ans. — Opérée le 4 août. Sortie le 26 septembre. Hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double. Libération des annexes droites adhérentes à l'intestin.

Observation 257. — A. Y., 16 ans. — Opérée le 8 septembre. Sortie le 23 septembre. Appendicectomie. Cautérisation d'un ovaire sclérokystique à droite. Cautérisation d'un petit kyste parovarien à gauche. Lever 9e jour.

Observation 258. — C. S., 18 ans. — Opérée le 12 septembre. Déjà opérée le 27 novembre 1918 (obs. 238). Salpingectomie gauche. Cautérisation de l'ovaire droit. L'aponévrose se décolle de façon parfaite d'avec les droits. Lever 10e jour.

TABLEAU STATISTIQUE

NATURE DE L'OPÉRATION	NOMBRE	DRAINAGE	HÉMATOME	ÉVENTRATION	DÉCÈS
Hystérectomie pour métrite ou salpingo-ovarite double.	68	19	5	1	4
Salpingectomie unilatérale ..	28	3	3	0	1
Appendicectomie seule.....	50 dont 4 hom.	4	1	0	1
Appendicectomie et cautérisation des ovaires	24	0	3	0	0
Appendicectomie et hystéropexie	13	0	1	0	1
Hystérectomie pour fibrome.	29	5	0	0	2
Hystérectomie pour néo.....	21	1	0	0	2
Hystérectomie pour rupture utérine.....	4	2	0	0	1
Hystérectomie pour grossesse ectopique.....	16	6	1	0	1
Laparotomie pour péritonite.	3	3	0	0	1
Vagin artificiel.....	1	0	0	0	0
Hystérectomie pour décollement placentaire.....	1	0	0	0	1
TOTAL	258	43 soit 16,5 o/o	14 soit 5,4 o/o	1 soit 0,38 o/o	14 soit 5,4 o/o

AVANTAGES DE LA MÉTHODE

Les avantages du procédé que nous préconisons sont nombreux, les principaux sont :

1° Invisibilité de la cicatrice contenue toute entière dans la région pileuse et, si possible, confondue avec un un pli cutané.

2° Solidité de la cicatrice et suppression presque complète des éventrations.

3° Possibilité du lever précoce des opérés.

4° Pendant l'opération absence d'extériorisation de la masse intestinale et protection facile de celle-ci.

5° Facilité de faire des opérations combinées.

1° INVISIBILITÉ DE LA CICATRICE

Nous aurions pu reproduire, si les circonstances ne rendaient pas si difficile la publication de clichés, un grand nombre de photographies de malades opérées suivant cette technique et chez lesquelles moins de quinze jours après l'intervention, la cicatrice était à peine visible. Dans leurs articles MM. les docteurs Sénéchal et Engel et dans sa thèse le Dr Kuhn, en ont

publié. L'incision était si peu visible, qu'au début, ils furent accusés d'avoir retouché les clichés.

Au bout de quelques semaines, et surtout depuis que nous employons les agrafes au lieu de crins pour la suture cutanée, quand les poils de la région pubienne ont repoussé, il est, dans la majorité des cas, impossible, même de très près, de reconnaître le lieu de l'incision.

Sans vouloir entamer une discussion oiseuse à ce sujet, nous croyons que l'esthétique a bien aussi son importance en chirurgie et qu'aucune malade n'hésitera entre un procédé qui attente à la plastique abdominale ; et ceci surtout si l'on a été obligé de drainer ; et un autre qui ne laisse aucune trace comme l'incision transversale.

Il est évident que cette seule considération ne devrait pas influer sur le chirurgien, mais le second avantage a une importance bien plus considérable encore.

2° SOLIDITÉ DE LA CICATRICE ET SUPPRESSION PRESQUE COMPLÈTE DES ÉVENTRATIONS

La ligne blanche est incisée sur une longueur minime et l'incision de l'aponévrose est loin du centre d'application des poussées intra-abdominales. De plus, après la fermeture on a deux plans de suture, l'un longitudinal péritonéo-musculaire, l'autre transversal cutanéo-aponévrotique qui se coupent à angle droit, il n'y a donc que le point de croisement des

deux sutures qui puisse se relâcher et céder. Mais quelle est son étendue ? à peine un centimètre carré.

Quelle différence avec la surface vulnérable d'une laparotomie ombilico-pubienne.

D'ailleurs les résultats sont là pour trancher la question sans appel.

Nous ne nions pas que les cas d'éventration sont bien plus rares avec les progrès de la chirurgie.

Cependant dans sa statistique, Winter donne comme pourcentage de :

20 à 30 % pour les sutures en un plan.

8 à 12 % pour les sutures en trois plans.

A côté de cela, avec l'incision transversale, Pfannenstiel a eu 3 hernies sur 700 cas, soit 0,95 pour 100 dans les plaies réunies par seconde intention.

0 % dans les réunions per primam.

Dans les 258 cas que nous avons relevés nous ne rencontrons *que un cas de hernie* (observation 147).

Chez une femme de 40 ans qui avait été drainée pendant 8 jours, on trouva une petite hernie au niveau du point de croisement des deux sutures musculaire et aponévrotique.

La conclusion s'impose.

3° POSSIBILITÉ DU LEVER PRÉCOCE

Sans vouloir entamer de discussion au sujet du lever précoce des opérées, et sans vouloir préconiser comme certains auteurs, le lever dès le lendemain de

l'opération, nous croyons qu'au point de vue du bon fonctionnement de la sangle abdominale et de l'intestin, il y a avantage indiscutable à faire lever les malades le plus tôt possible et écourter ainsi la convalescence.

Or, ce qui retarde, en général, le lever, c'est la crainte des éventrations, ici rien de semblable. Aussi toutes nos malades se lèvent, en général, entre le 8e et 10e jour et, ce, sans que nous ayions jamais enregistré le moindre incident. Nous pouvons citer le cas de Mlle A..., 17 ans, opérée à Courbevoie par un élève de M. le Dr Reymond qui, levée le 6e jour, est rentrée chez elle le 8, et le 10e assistait à une représentation théâtrale. Cette malade suivie de près par son chirurgien ne s'est que bien trouvée de cette façon de faire.

4° CONTENTION PARFAITE DE LA MASSE INTESTINALE AU COURS DE L'OPÉRATION ET FACILITÉ DE SA PROTECTION

Ce qui frappe le chirurgien qui voit faire pour la première fois une cœlictomie transversale c'est *combien on voit peu l'intestin*.

La malade étant en position déclive la masse intestinale est ramenée vers l'ombilic et le peu qui se montre est facilement caché et maintenu par un champ.

Combien de fois avons-nous tous assisté au spectacle désolant de l'opérateur obligé, au cours de l'in-

tervention, de maintenir l'intestin qui cherchait à s'extérioriser soit par suite d'une insuffisance momentanée de l'anesthésie, soit par suite du réflexe qui se produit souvent lorsque l'on touche au fond du cul-de-sac de Douglas.

En outre du gain de temps qui se produit ainsi on a, avec l'incision transversale, l'avantage de :

1° Une visibilité maxima dans le petit bassin et ceci en dépit des tumeurs que l'on peut avoir à extirper ou du sang qui s'y trouve comme dans les grossesses extra-utérines rompues.

2° L'intestin ne s'extériorisant pas et étant facilement protégé contre l'issue de pus due à la rupture d'une poche au cours de l'intervention, on conçoit aisément que les chances d'infection soient notablement diminuées.

5° FACILITÉ D'OPÉRATIONS COMBINÉES

Nous avons vu que le procédé permet une exploration facile de toute la partie inférieure de la cavité abdominale ; aussi, au cours d'une opération, peut-on être amené à en pratiquer une autre ou bien à corriger une erreur de diagnostic toujours possible.

C'est ainsi que dans la plupart des cas d'opérations gynécologiques que nous avons relevés, l'appendicectomie a été en même temps pratiquée. Soit que l'on ait trouvé une lésion de celui-ci, soit que venant s'offrir de lui-même à la vue et solliciter en quelque

sorte son ablation, on s'y soit résolu étant donnée la bénignité de l'intervention.

Sous l'influence de M. le Dr Reymond qui préconisa l'incision transversale pour l'appendicectomie seule, nous suivons toujours cette méthode à la Maison de Nanterre et nous y trouvons de multiples avantages.

Partis pour enlever un appendice, nous ne manquons jamais d'explorer l'appareil utéro-annexiel et quelles découvertes n'y fait-on pas !

En consultant les observations nous voyons que nous trouvons un utérus à redresser, un ovaire sclérokystique à ponctionner, un petit kyste parovarien à enlever, ce qui empêchera sa croissance.

De cette façon, également, les abcès pelviens appendiculaires sont plus faciles à découvrir et à traiter.

Enfin, nous connaissons tous la difficulté du diagnostic entre une appendicite et une salpingite, or, avec une seule incision, nous voyons quel est l'organe réellement atteint et pouvons faire le traitement approprié.

Dans la technique nous avons dit que l'incision découvrait l'origine des canaux inguinaux. On a donc toute facilité pour, du même coup, faire une cure radicale de hernie inguinale ou un raccourcissement des ligaments ronds, combiné ou non à une hystéropexie

INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE

Comme tout procédé nouveau, l'incision transversale a été l'objet de discussions nombreuses.

Nous allons voir que des différents reproches à elle adressés les uns n'existent pas, les autres sont tellement bénins qu'ils ne peuvent suffire à la faire abandonner.

On a reproché, en effet, à l'incision transversale :

1° LA LONGUEUR DE L'OPÉRATION

Il est évident qu'un virtuose du bistouri qui d'un seul coup incise les différents plans jusqu'au péritoine perdra du temps, mais les chirurgiens qui agissent ainsi sont rares.

Quant aux autres qui incisent séparément les différents plans, ils iront aussi vite dans une laparotomie verticale que dans une transversale.

En effet, seul, le décollement de l'aponévrose est surajouté et ne demande que quelques secondes.

En moyenne, il s'écoule 2 à 3 minutes depuis le

moment où le chirurgien prend le bistouri et celui où le péritoine est incisé.

De même pour les sutures. Si l'on a l'habitude de fermer, en un seul plan, on gagnera du temps avec la laparotomie ombilico-pubienne mais avec quels risques d'éventration.

Si l'on ferme en trois plans, le temps des sutures est identique dans les deux procédés.

2° IMPOSSIBILITÉ D'AGRANDIR L'INCISION POUR DONNER PLUS DE JOUR

Nous estimons que ce reproche est injustifié pour les raisons suivantes. Par suite de la forme même de l'incision curviligne à concavité supérieure, par suite du fait que l'on a deux lignes d'ouverture de direction perpendiculaire sur le bassin, le jour que l'on a est très grand.

Il a été possible, par une incision non agrandie de faire passer soit des gros fibromes (obs. 15, 27, 47, 170, 181, 244), soit un utérus gravide de 6 mois et demi (obs. 239).

De nombreuses interventions pour hémorragie péritonéale (grossesses extra utérines. (Obs. 9, 16, 30, 25, 29, 81, 143) ; création d'un vagin artificiel. (Obs. 25, 29, 81, 143) ; création d'un vagin artificiel. (Obs. 152) ; ruptures utérines. Obs. 52, 108, 110, 203, 208, 211) ont pu avoir lieu par ce procédé, sans que le chirurgien se soit trouvé gêné pour opérer. Au contraire, le jour donné sur les parties latérales est certainement plus grand qu'avec une incision sagittale.

Signalons également qu'en Allemagne on pratique des césariennes suivant cette méthode. Nous n'avons malheureusement pas l'expérience de ces interventions, n'en ayant jamais vu pratiquer.

3° DIFFICULTÉ DU DRAINAGE

Les nombreux cas (42) où un drainage a été effectué avec plein succès, montre que ce 3e grief n'est pas plus justifié que les précédents.

On peut drainer par un ou plusieurs drains abdominaux associés ou non à un drainage vaginal. Il suffit de prendre les précautions indiquées au chapitre technique. Le drainage est bien déclive et l'aspiration faite, dans certains cas, n'a jamais amené beaucoup de liquide ; quand à la brèche laissée par le passage des drains, elle se répare d'elle-même, très vite et très bien et dans les cas où l'on a dû placer trois gros drains (obs. 72, 116, 217) la paroi s'est reconstituée à la perfection.

4° DIFFICULTÉS DE L'ASEPSIE

On a dit que mener à bien une incision transversale sans suppuration était un brevet d'asepsie. La crainte du chirurgien étant les deux vastes nappes cruentées formées par les droits libérés de leur aponévrose.

Cette crainte est bien chimérique, car ces deux surfaces dangereuses sont bien faciles à protéger par des champs et ce brevet d'asepsie tout chirurgien doit l'obtenir.

Bien au contraire, nous avons montré que mieux que tout autre procédé, par suite de la protection facile de l'intestin, l'incision transversale diminuait les chances d'infection opératoire.

4° Formation au cours de la cicatrisation d'adhérences entre la couche musculaire et l'aponévrose

Les faits à l'appui nous n'acceptons pas ce reproche. En effet quatre fois (obs: 147, 177, 197, 258) des malades chez lesquelles on était déjà intervenu furent réopérées.

Chaque fois le décollement de l'aponévrose d'avec les droits se fit sans aucune difficulté et comme s'il s'agissait d'une première intervention.

Dans un seul cas l'aponévrose était adhérente sur une hauteur de un centimètre.

Pour les opérations itératives, on incise dans la première ligne, en libérant la cicatrice sur une hauteur de quelques millimètres et l'opération se poursuit normalement.

Pour éviter ces adhérences qu'auraient observées quelques auteurs, il suffit de ne pas prendre les muscles et l'aponévrose dans une même suture.

5° FORMATIONS FRÉQUENTES D'HÉMATOMES

Le seul inconvénient qui reste est la formation relativement fréquente d'hématomes.

Cet inconvénient existe puisque nous en relevons 14 cas sur 258 observations, soit 5,4 %.

Mais ces hématomes sont sans inconvénient sérieux. Souvent ils s'évacuent seuls et l'on ne s'en aperçoit qu'au pansement souillé de sang.

Dans d'autres cas ils se traduisent par une induration au niveau de la cicatrice, il suffit de les évacuer à la pince de Kocher. Dans aucun cas ils ne suppurèrent.

Leur formation ne nuit en rien à la solidité de la cicatrice et ne retarde pas d'un seul instant le lever des opérées.

Pour les éviter il suffit de faire une hémostase soigneuse au cours de l'intervention et surtout de ne faire aucune espèce de capitonnage ou de points profonds.

L'on voit par les observations rapportées que leur fréquence est bien moindre depuis que la technique fut ainsi modifiée.

INDICATIONS

Nous ne ferons pas une énumération oiseuse de toutes les opérations pour lesquelles l'incision cutanéo-aponévrotique transversale peut être employée.

Pol Coryllos, dans son article, admet qu'elle est possible, dans tous les cas, sauf :

1° Chez les femmes très grasses.

2° Dans les kystes végétants de l'ovaire qui dépassent l'ombilic.

Nous estimons avec lui que cette méthode a une grande valeur dans toutes les laparotomies. Le fait qu'elle donne sur le petit bassin et notamment sur les annexes, la facilité d'extériorisation des masses utéro-annexielles volumineuses, auxquelles certains chirurgiens réservent l'incision sagittale. font que l'incision transversale est indiquée dans tous les cas. Nous n'avons pas relevé d'observations de césarienne dans les cas que nous rapportons mais les relations de faits de ce genre ne sont pas rares à l'étranger.

Nous ajouterons même que la trop grande épaisseur du pannicule adipeux « transforme l'ouverture de la cavité abdominale en un puits dont le fond est difficilement accessible » aussi bien dans les deux

incisions. L'épaisseur du tissu adipeux ne constitue donc pas une contre indication opératoire et les cas où des malades très grasses ont été opérées ne manquent pas dans nos observations.

Nous estimons donc que, à part les cas de kystes végétants dontnous n'avons pas l'expérience, l'incision transversale peut s'appliquer toutes les fois que l'on est amené à faire une cælictomie.

CONCLUSIONS

1° Sous le nom d'incision transversale cutanéo-aponévrotique sus-pubienne, nous entendons un procédé d'incision pour laparotomie employée à l'exclusion de tout autre dans le service de chirurgie de la Maison de Nanterre, depuis le 3 août 1911.

2° Ce procédé consiste essentiellement en une incision transversale de la peau et de l'aponévrose superficielle des droits, suivant une ligne courbe à concavité supérieure, située à 2 ou 3 centimètres au-dessus du pubis, c'est-à-dire dans la région pileuse.

Les muscles droits sont alors séparés et le péritoine incisé sagittalement.

3° Cette incision, pourvu que l'on se conforme à la technique donnée :

A. Devient rapidement invisible.

B. Est très solide et évite les éventrations, par la reconstitution anatomique absolue de la paroi.

C. Donne un jour très large sur le petit bassin.

D. Peut s'appliquer dans la presque totalité des cas où on est amené à faire une laparotomie.

4° Elle ne présente aucun des gros inconvénients qu'on lui a opposés.

5° Nous apportons 258 observations de toutes sortes d'interventions abdominales, pratiquées par ce procédé, espérant par cette statistique appeler sur lui l'attention des chirurgiens français qui, à notre avis, ne l'emploient pas suffisamment.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

ROGER. LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Brisset (Léon). — *Les procédés opératoires dans l'appendicite à froid*, thèse, Paris, 1911.

J. L. Faure et Coryllos. — Valve fixe, *Bull. et Mémoire de la Société de Chirurgie*, 1909, p. 939.

Coryllos (Pol). — *L'incision transversale sus-pubienne en gynécologie, Revue de gynécologie*, n° 4, 1er oct. 1911.

Chavannaz. — XXe congrès de chirurgie. — *Revue de gynécologie*, 1907, p. 1095.

Doléris. — Congrès de Genève, 1896.

Dartigues. — *De l'incision cruciale et de la suture transversale sus-pubienne.* (*Presse Médicale*, 4 oct. 1899). — La laparotomie en gynécologie. (*Revue de gynécologie*, 1906, p. 771). — *La laparotomie médiane sous-ombilicale pour l'appendicite à froid chez la femme* (*Paris Chirurgical*, 1909).

Fraipont (F.)., de Liège. — Die Lapar. vermitt. d. suprasymph. kreuzschn, Liège, Faust Truyen, 1907.

Guennoc (Le). — *Contribution à l'étude de la laparotomie par le procédé Plannenstiel*, Thèse Bordeaux, 1906.

Goeau (J. J.). — *Des avantages de l'incision transversale dans l'appendicite à froid*, Thèse, Bordeaux, 1911.

Van der Hœven. — *Niederl. gyn. Gesell.*, 17 janvier 1909. *Zentralbl. f. gyn.*, 1909.

Kuhn (Robert). — *L'appendicectomie chez la femme pas l'incision transversale sus-pubienne*, Thèse, Paris, 1914.

Latrouche (L. A.). — *De l'incision transversale basse sus-pubienne*, Thèse, Bordeaux, 1908.

Marquis. — *Revue de chirurgie*, 10 fév. 1912.

Martin. — XV[e] Congrès de Chirurgie, Lisbonne, 1906.

Morestin. — *De l'ablation esthétique des kystes de l'ovaire. (Bull. de la Soc. Anatomie*, 18 juillet, 1902). — *Presse Médicale*, 11 oct., 1902. — *De la cure radicale esthétique des hernies (Bull. soc. anatom.)*, 13 mars 1902. — *Bull. soc. anatom.*, 12 février 1904.

Naudet (Ch.). — *De l'incision cruciale*, Thèse Paris, 1900.

Picqué. — *De l'éventration consécutive aux opérations pratiquées dans l'appendicite à chaud*, Soc. de Chirurgie, 1912, n° 38.

Follosson (A.). — *De l'incision transversale des couches superf. (Lyon Médical*, 1906, n°

10). — *Revue de gynécologie*, 1906, p. 317.

Rapin (de Lausanne). — *Incision esthétique, Congrès de Genève*, vol. II, p. 61. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1904.

Rousseau (P.). — *Les incisions et sutures esthétiques en chirurgie abdominale et gynécologique*, Thèse, Paris, 1903.

Résinelli. — Gin. Firenze, IV, p. 385-392.

Reymond (E.). — C. R. du XXI[e] Congès de l'Assoc. française de Chirurgie, 1908.

Sénéchal (Marcel). — C. R. Société médicale du XVII[e] arr., 26 oct. 1912 et nov. 1913. — *Gazette Médicale de Paris*, 21 mai 1913.

Sénéchal et Engel. — *Gazette médicale de Paris*, 13 mars 1912. — Incision de Plannenstiel. (*Gaz. des Hôp.*, 7 juin 1913). — *L'esthétique en chirurgie abdominale* (*Tablettes Médicales mobiles*, sept. et oct. 1913).

Stimson (Lewis A.). — *The combinect transverse and longit. incision in laparotomy.* (*Annals of. durg.* 1904, n° 140).

La Torre. — *Mode de fermetures de l'abdomen dans les laparotomies* (*Presse Médicale*, 1896).

Van der Velde (R.). — *D. Bogenschn. n. Rapin Küstner b. laparot.* (*Nederl. Tijdschrift voor geneskunde*, 1904, n° 22).

Venot. — *Journal médical de Bordeaux*, 1905, n° 10.

TRAITÉS CLASSIQUES

J. L. Faure et Siredey. — *Traité de gynécologie*, Paris, 1914, p. 699.

Prof. Hartmann. — *Gynécologie opératoire*, p. 294.

Proust R. — *Chirurgie de l'appareil génital de la femme*, Paris, 1918, p. 177.

Forgue et Jeanbrau. — *Gynécologie* (Traité Le Dentu et Delbet), Paris, 1917, p. 964.

Laurent. — *Clinique chirurgicale*, p. 641, Paris, 1911.

Barozzi. — *Gynécologie pratique*, Paris, 1916.